

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.

FACULTAD DE ENFERMERÍA CASA DE SALUD VALDECILLA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA
LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO CON
FISURA LABIAL Y/O PALATINA.**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

***NURSING CARE IN THE MANAGEMENT OF
BREASTFEEDING NEWBORNS WITH CLEFT LIP
OR/AND CLEFT PALATE.
BIBLIOGRAPHIC REVIEW.***

Grado en Enfermería.

Trabajo de Fin de Grado.

Curso 2019/ 2020.

Autor: Isaac Seijas Pereda

Email: lsp213@alumnos.unican.es

Directora: Carolina Lechosa Muñiz

AVISO RERSPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

AVISO RERSPONSABILIDAD UC	0
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Planteamiento general del problema.....	2
1.2 Justificación y relevancia del tema.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.4 Metodología (materiales y métodos).....	5
1.5 Estructura	8
2. CAPÍTULO 1. TIPOS DE FISURAS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES PARA LA LACTANCIA.	8
2.1 Tipos de fisuras	8
2.2 Complicaciones de las fisuras labio/palatinas en la lactancia	10
3. CAPITULO 2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	12
3.1 Para el recién nacido	12
3.2 Para la madre	12
4. CAPÍTULO 3. ENFERMERÍA Y LA LACTANCIA.	17
4.1 Manejo de lactancia materna en lactantes con fisura labial y/o palatina.....	17
4.2 Formas de suplementación.....	19
4.3 Dispositivos modeladores.....	22
5. REFLEXIONES FINALES	23
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMEN

La fisura labial, con o sin fisura palatina, es el defecto congénito craneofacial más común, afectando a 7,94 casos por cada 10.000 nacimientos de forma internacional. El tratamiento principalmente requiere de una intervención quirúrgica, en el periodo previo a la misma es de vital importancia la ganancia de peso y correcta alimentación de estos niños.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión de la evidencia científica disponible a cerca de la función de la enfermería durante este proceso, consiguiendo evitar los problemas existentes en su alimentación.

A lo largo de este estudio, se ha podido comprobar la posibilidad y beneficios de aplicar la lactancia materna en estos niños con fisura labial y/o palatina, siendo la leche materna la mejor opción de alimentación siempre que se individualice la forma de amamantamiento según el tipo de fisura.

Además, es importante resaltar que es recomendable más investigación y formación por parte de los profesionales sanitarios y en concreto del personal de enfermería, ya que están más implicados en el cuidado del binomio madre – recién nacido, asesorando y asistiendo en el proceso de alimentación del lactante, de ahí la importancia de un personal perfectamente formado, con conocimientos basados en la evidencia científica.

Palabras clave: Lactancia materna, fisura labial, fisura palatina y enfermería.

ABSTRACT

Cleft lip, with or without cleft palate, is the most common craniofacial birth defect, affecting 7.94 cases per 10,000 births worldwide. Treatment primarily requires surgical intervention for these children, where weight gain and proper nutrition in the previous period are of vital importance.

The main objective of this research is to carry out a review of the scientific evidence available about the role of nursing during this process, managing to avoid the existing problems in its feeding.

Throughout this study, it has been able to verify the possibility and benefits of applying breastfeeding in these children with cleft lip and/or palate, being breast milk being the best feeding option as long as breastfeeding is individualized according to the type of fissure.

In addition, it is important to highlight that more research and training is recommended for health professionals and specifically nursing personnel, since they are more involved in the care of the mother-newborn pairing, advising and assisting in the infant feeding process, hence the importance of a perfectly trained staff, with knowledge based on scientific evidence.

Key words: Breast Feeding, cleft Lip, cleft Palate and nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento general del problema

La fisura labial y/o palatina, es el defecto craneofacial más común de carácter congénito o genético, el cual afecta las estructuras de la cavidad oral y la bóveda palatina (1).

Epidemiología

Las fisuras orofaciales son el defecto congénito con mayor prevalencia en la especie humana, con una incidencia de 7,94 casos por cada 10.000 nacimientos de forma global (2). Se considera por tanto una prevalencia mundial de más de 4 millones de fisuras labiales y /o palatinas (3). Estas tasas de incidencia varían entre grupos raciales, zonas geográficas y sexo.

En función de la zona geográfica encontramos una mayor prevalencia en las poblaciones asiáticas y americanas siendo en estas la incidencia de 17 y 35 casos por cada 10.000 nacidos respectivamente. En cambio, las tasas con menor prevalencia se encuentran en el continente africano y en el europeo con 5 y 10 casos por cada 10.000 nacimientos (4,5). A nivel nacional la incidencia en España oscila en un rango de entre 5 y 14 casos por cada 10.000 nacimientos, siendo similar a la media europea (6).

Su distribución también se ve afectada respecto al sexo, siendo la información variable según las fuentes consultadas. Si bien estudios como el de Sandra Paola et al, concluyen que las niñas están afectadas de forma más recurrente de fisura palatina aislada que los chicos, con una ratio de 2:1, siendo más frecuente en los varones, las fisuras labiales o combinadas 1:2 (7).

Respecto a la tipología de la fisura, aproximadamente el 50% de todos los casos representan combinaciones de fisuras labiales y palatinas, ocurriendo estas de forma aislada en el 25% de los casos (8).

Al tratarse de un defecto en el desarrollo embriológico, existe una proporción del 15,9% de niños con otras malformaciones congénitas asociadas y del 7,3% con fisuras como parte de un síndrome (5).

Embriología

Durante el crecimiento fetal, las diferentes partes de la cara y el paladar se desarrollan de forma separada, y después se fusionan, cualquier tipo de irregularidad en este proceso, desencadena una fisura por malformación (9). Hacia la sexta semana de gestación se forma el paladar primario, a partir de los procesos nasales, dando lugar al labio superior, arco alveolar maxilar y paladar duro anterior (2). Entre las semanas 6 y 12 de gestación, tiene lugar el desarrollo del paladar secundario, fusionándose con el primario y con el tabique nasal, dando como resultado la separación de las cavidades nasal y bucal, permitiendo la respiración y la masticación (10).

El grado de afectación será muy variable teniendo en cuenta el momento del desarrollo embrionario en que se producen, pudiendo ser fisuras labiales o fisuras palatinas aisladas o presentar ambas juntas, las llamadas fisuras labiopalatinas (11). La complejidad de la alimentación ira por lo tanto ligada al compromiso presente entre el espacio oral y nasal (11).

Etiología

Su etiología es desconocida, sin embargo, varios estudios indican un origen multifactorial con un amplio número de factores contribuyentes tanto genéticos como ambientales (3); Entre los cuales cabe mencionar (12):

- **Factores nutricionales y farmacológicos:** El déficit de ácido fólico durante el embarazo, el bajo peso al nacer, el uso de ciertos fármacos como los corticoides o anticonvulsivos durante la gestación se reconocen como teratógenos (12).
- **Factores ambientales:** La exposición a agentes químicos como la radiación (12).
- **Factores del proceso del embarazo:** La hipoxia materna, infecciones y compromisos del cordón umbilical (12).
- **Factores genéticos:** Hijos de matrimonios con consanguineidad y edad materna superior a 40 años (5).
- **Hábitos tóxicos:** Como el consumo de tabaco y alcohol en el primer trimestre de gestación (13).

Diagnóstico

En la actualidad gracias a los avances de las técnicas de imagen ecográficas, se consiguen diagnosticar un gran porcentaje de fisuras labiales antes del nacimiento (11). A modo de screening general, cerca de la semana 25 de gestación se realiza una ecografía de rutina bidimensional de fisuras orofaciales en pacientes con bajo riesgo (11).

En aquellas familias que presentan una historia familiar de fisuras orofaciales o que cumplan los ya mencionados factores de riesgo se está optando por realizar un diagnóstico ecográfico completo, usando la nueva ecografía tridimensional, que presenta una mayor sensibilidad (11).

Aún con todos estos avances, el diagnóstico de la fisura palatina es más difícil de detectar. Estudios como el de K.H. Hanny et al revelan que un gran porcentaje cerca del 37,3% de fisuras palatinas con leve extensión son diagnosticadas en un periodo de más de 30 días después del nacimiento, mediante exploraciones intraorales por parte de médicos y matronas (14,15).

Tratamiento

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, variando el tipo de cirugía en función de las características de la fisura y la edad del lactante (16). De esta manera en aquellos recién nacidos con afectación labial se realiza una cirugía con el objetivo de conseguir la restauración anatómica y funcional del labio, conocida como **queiloplastia**. Esta se realiza de forma consensuada a los 3 meses de edad, con la intención de evitar posibles parálisis faciales y permitir el crecimiento de los tejidos para facilitar el trabajo de la operación (11).

En aquellos lactantes que presenten una fisura palatina, la cirugía a realizar consistirá en la reconstrucción y reorientación de los músculos del paladar blando y la movilización de los tejidos del paladar óseo, conociéndose como **palatoplastia** y realizándose entre los 6 y 12 meses de edad (11).

1.2 Justificación y relevancia del tema

Como anteriormente ha sido descrito, la fisura labial y/o palatina, es el defecto craneofacial más común de carácter congénito o genético y afecta a un porcentaje no despreciable de niños. El defecto puede afectar sólo al labio, sólo al paladar, de forma completa o incompleta, o a ambos en los casos más frecuentes (11).

Las consecuencias de la malformación de la estructura maxilar además de la apariencia estética, producen cambios en la fisiología de diversos procesos como la alimentación, respiración, audición y lenguaje, es por ello que requiere un abordaje (17).

El estado general del lactante antes de la cirugía debe ser óptimo, de ahí la importancia de una correcta alimentación y una ganancia ponderal adecuada. Es fundamental un abordaje multidisciplinar de cada caso, para afrontar problemas que puedan presentarse en el proceso de la alimentación. Para ello actualmente, siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se fomenta la lactancia materna como método de elección, dando apoyo a las madres, informándolas de los beneficios que esta aporta a sus hijos e individualizando la toma en función de la fisura (18).

Es aquí donde el personal de enfermería tiene un papel de gran importancia desde la primera toma, guiando y asesorando a los padres sobre la forma correcta de alimentación y enseñando los dispositivos a utilizar según la fisura que presente cada niño (18).

1.3. Objetivos

➤ Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible a cerca de los cuidados de enfermería en el manejo de la lactancia en niños con fisura labial y/o palatina.

➤ Objetivos específicos

- Describir los tipos de fisuras y posibles complicaciones de estos niños durante el proceso de la alimentación.
- Describir las ventajas de la lactancia materna en los niños con fisura labial y/o palatina y sus familias.
- Describir el manejo de la lactancia materna en niños con fisura labial y/o palatina.
- Identificar las diferentes técnicas de suplementación y tipos de soporte para la alimentación en los fisurados labiales y/o palatinos más aconsejables según la tipología de fisura.

1.4 Metodología (materiales y métodos)

Una vez planteados los objetivos a conseguir, se realizó una revisión bibliográfica de los últimos cinco años (2015-2020) en las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Web of Science* y *Scopus*. Dicha búsqueda, se hizo sin limitación idiomática y usando los filtros de estudios realizados en humanos y artículos con acceso a texto completo gratuito.

Además, se revisó la opinión de los expertos en distintas guías de práctica clínica, como la GPC-LM (Guía de práctica clínica de la lactancia materna) o la Guía clínica AUGÉ de Chile entre otras.

Para la búsqueda se hizo uso de los tesauros MeSH (Medical Subjects Headings) y los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Estos descriptores fueron combinados de diferentes maneras con los operadores booleanos “AND” y “OR” (Ver tabla 1).

TABLA 1: Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Pubmed	((“Breast Feeding”[Mesh]) AND “Cleft Palate” [Mesh]) AND “Cleft lip”[Mesh])	6
Pubmed	((“Cleft lip” [Mesh]) AND “Spain” [Mesh])	12
Pubmed	((“Cleft lip” [Mesh]) OR “Cleft palate” [Mesh])) AND “Feeding” [Mesh])	12
Pubmed	(“Breast feeding” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh] AND (“Cleft lip” [Mesh] OR “Cleft palate” [Mesh]))	3
Pubmed	((“Cleft lip” [Mesh]) OR “Cleft palate” [Mesh])) AND “lactation” [Mesh])	3
Pubmed	((“Cleft lip” [Mesh]) OR “Cleft palate” [Mesh])) AND “lactation” [sucking])	2
Scopus	KEY (Breast feeding) AND KEY (Cleft palate) AND KEY (Cleft lip)	5
Scopus	(KEY (Cleft lip) OR KEY (Cleft palate)) AND KEY (feeding)	82
Scopus	KEY (Breast feeding) AND KEY (Nursing) AND (KEY (Cleft lip) OR KEY (Cleft palate))	5
Scopus	(KEY (Cleft lip) OR KEY (Cleft palate)) AND KEY (lactation)	7
Web of Science	TOPIC: (Breast feeding) AND TOPIC: (Cleft palate) AND TOPIC (Cleft lip)	5
Web of Science	(TOPIC: (Cleft lip) OR TOPIC: (Cleft palate)) AND TOPIC: (Feeding)	64
Guías de práctica clínica utilizadas		9

En un primer momento se realizó una lectura de los resultados obtenidos, mediante la cual y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se fueron seleccionando los artículos o resultados que más se relacionaban con el tema.

Los criterios de inclusión planteados fueron:

- Artículos publicados en los últimos 5 años y de acceso gratuito.
- Que destacase la función enfermera durante la lactancia en estos niños.
- Que la idea principal fuese la lactancia materna como método de elección.
- Idiomas Inglés, francés, italiano, portugués.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que expongan leches artificiales como método de alimentación.
- Neonatos con patologías asociadas.
- Artículos que no expongan la función enfermera en el proceso.
- Artículos que no hablen sobre el proceso de alimentación.

Durante la búsqueda, se fueron seleccionando los MeSH que más información de calidad aportaban, usando “Breast feeding”, “Cleft palate” y “Cleft lip”. Se combinaron a su vez los Mesh “lactation”, “Nursing” o “feeding”, ayudando a acotar la búsqueda y a encontrar nuevos resultados evitando duplicados.

En un primer momento se usó el Mesh “Human Milk” el cual aportaba mucha información sobre fórmulas para lactantes, sin embargo, daba poca información sobre los niños con fisuras labiales y palatinas, lo mismo que el Mesh “Sucking behaviour” el cual aportaba muy pocos resultados y muchos duplicados, por lo que ambos fueron descartados.

Finalmente, debido a lo comentado con anterioridad, se eligieron los siguientes DeCS y MeSH (Ver tabla 2).

TABLA 2: Descriptores DeCS y MeSH seleccionados

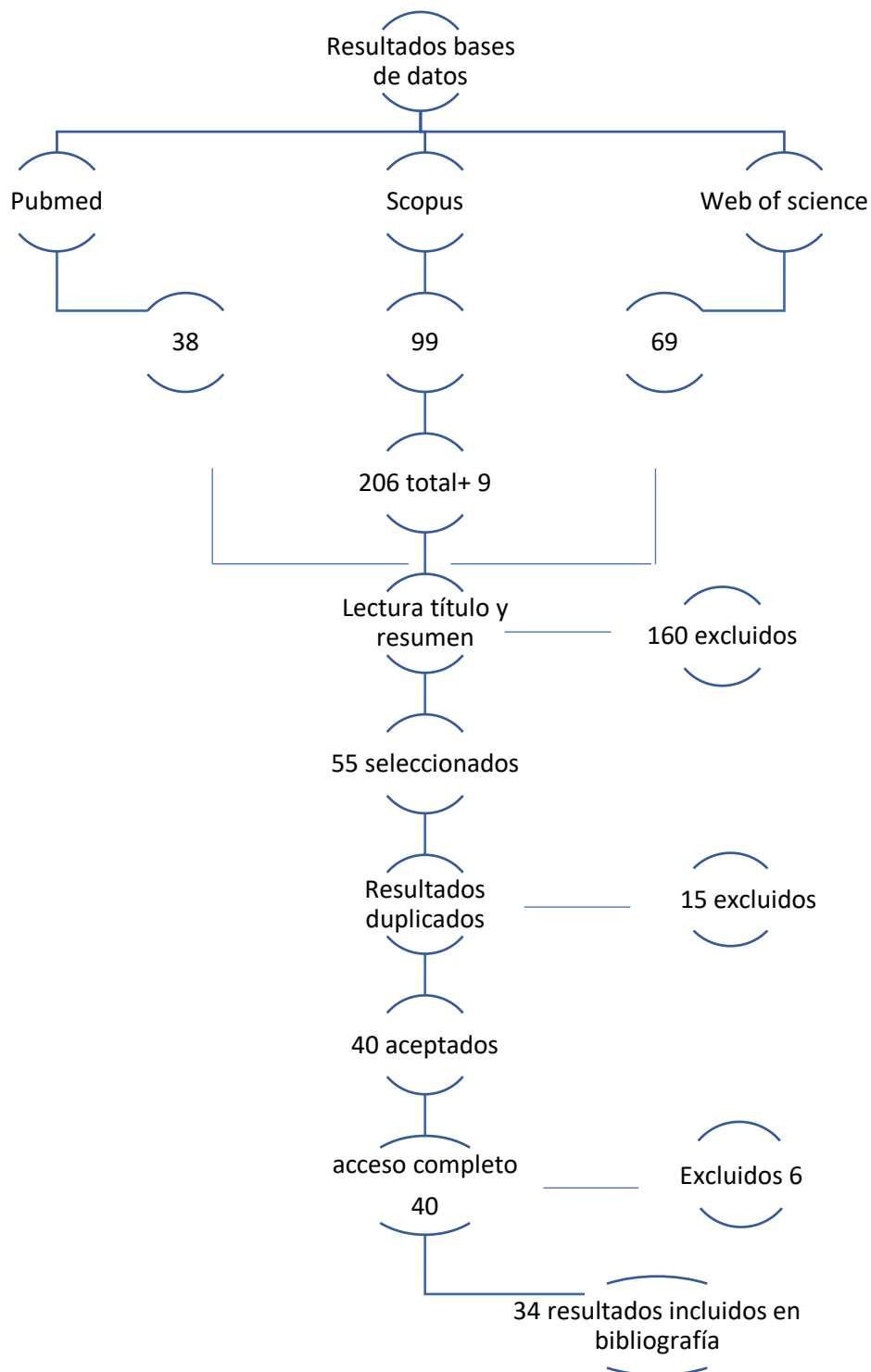
DeCS	MeSH
Lactancia Materna	Breast feeding
Fisura labial	Cleft Lip
Fisura del paladar	Cleft Palate
lactancia	Lactation
Enfermería	Nursing
Alimentación	Feeding

Como resultado de esta búsqueda bibliográfica de los últimos cinco años, se revisaron estudios clínicos epidemiológicos, experimentales, revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica, protocolos; Los cuales se encontraban principalmente en inglés y en menor medida en español, francés y portugués.

Como se puede observar a continuación en el diagrama de flujo, gran cantidad de artículos no cumplieron los criterios de selección establecidos.

Una vez leídos todos los artículos seleccionados, 15 de ellos fueron eliminados por estar duplicados y 6 fueron descartados por no ser útiles para el estudio planteado, por limitación de idioma (ruso) y por destacar otros problemas asociados en los lactantes no relevantes para el tipo de investigación planteada (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1: ALGORITMO DE BUSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



1.5 Estructura

El trabajo se compone de 3 capítulos:

- **Capítulo 1:** Descripción de los diferentes tipos de fisuras y las posibles complicaciones durante la lactancia.
- **Capítulo 2:** Beneficios de la lactancia materna en este grupo.
- **Capítulo 3:** El manejo de la lactancia con fisura labial y/o palatina. Análisis de las diferentes técnicas de suplementación y soporte para su alimentación según la tipología de la fisura.

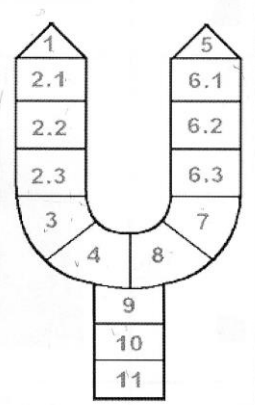
2. CAPÍTULO 1. TIPOS DE FISURAS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES PARA LA LACTANCIA.

2.1 Tipos de fisuras

Dada la enorme variedad de presentaciones de las fisuras labiales y/o palatinas, a través del tiempo se han propuesto diferentes sistemas de clasificación en base a criterios anatómicos, odontológicos, embriológicos o quirúrgicos, siendo los más utilizados los siguientes (11):

- **Kernahan** diseñó el primer modelo, proponiendo una clasificación gráfica de la fisura en forma de “Y” (11) (imagen 1).
- La idea de este autor fue mejorada años después por **Millard**, quien desarrolló su esquema representando las fisuras de la nariz y/o del suelo nasal con la forma de dos triángulos en los extremos de los brazos de la “Y” (11) (imagen 1).

Imagen 1: Clasificación propuesta por Monasterio año 2008

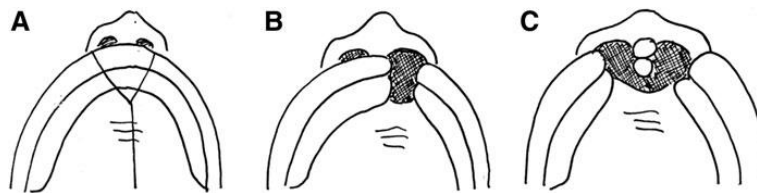
1: Fosa nasal derecha 2.1: Labio fisurado 1/3 2.2: Labio fisurado 2/3 2.3: Labio fisurado 3/3 3: Alvéolo derecho (mm ampl.) 4: Paladar óseo anterior derecho		5: Fosa nasal izquierda 6.1: Labio fisurado 1/3 6.2: Labio fisurado 2/3 6.3: Labio fisurado 3/3 7: Alvéolo izquierdo (mm ampl.) 8: Paladar óseo anterior izquierdo
9: Paladar óseo posterior parcial 9+10: Paladar óseo posterior total 11: Paladar blando o fisura submucosa		

Fuente: Toledo.Neto J, Vidotte-Costa T, Bette-Freitas T et al. Knowledge of graduated nursing students on breast feeding newborns with cleft lip and palate. Rene [Internet]. 2015 abr [citado 20 abr 2020]; 16(1):21-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100004> (10).

- Por último en el año 2008, **Monasterio** añade a la “Y” propuesta por Kernahan la nariz, así como el grado de amplitud de la fisura alveolar en milímetros y con una numeración, pintándose sobre la “Y” la localización de la fisura (4) (imagen 1).
- Por otro lado, **Kriens** en el año 1989 consideró otro sistema conocido como LAHSHAL, cuyas siglas se corresponden con letras que identifican las distintas estructuras afectadas, siendo la **L**: Lip, la **A**: Alveolar, la **H**: Hard Palate y la **S**: Soft Palate; facilitando así su localización y registro (11).
- Actualmente, el sistema de clasificación más utilizado es el que hace uso de estos subgrupos: **fisuras labiales aisladas, fisuras palatinas aisladas, o fisuras labiales y palatinas combinadas**, diferenciándose a su vez las fisuras por su grado de extensión (4).

Sobre las **fisuras labiales aisladas**: son clasificadas en 3 grupos por su localización. Fisuras que afecten solamente el labio, fisuras que afecten al labio y a la estructura alveolar y fisuras que se extiendan afectando también la porción anterior del paladar duro (12). A su vez, también son clasificadas en función de su presencia unilateral o bilateral (4) (imagen 2).

Imagen 2: Tipos de fisuras labiales.

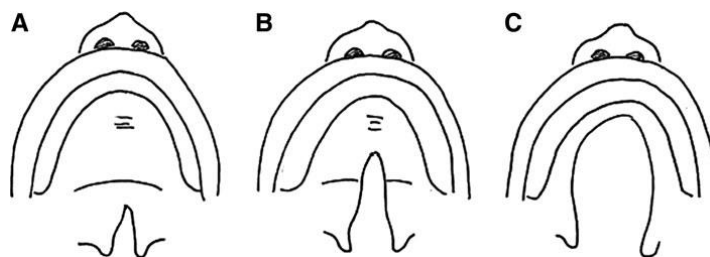


A) Labio completamente formado sin fisura B) Fisura labial unilateral C) Fisura labial bilateral

Fuente: Boyce JO, Reilly S, Skeat J et al. ABM Clinical Protocol 17# Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate-Revised 2019.Epub [Internet]. 2019 aug [citado 20 abr 2020]; 14(7):437–444. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job> (4).

Sobre las **fisuras aisladas palatinas**: se clasifican también según su nivel de extensión y zona afectada, en este caso en el paladar (4) (imagen 3).

Imagen 3: Tipos de fisuras palatinas.

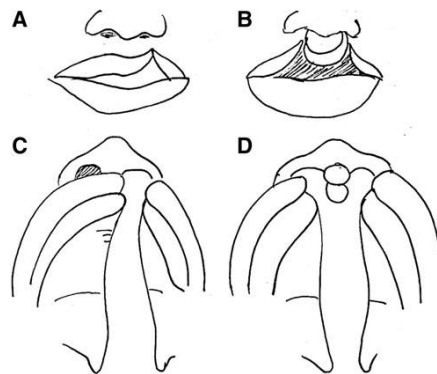


A) Fisura del paladar blando B) Fisura del paladar blando y parte del paladar duro C) Fisura del paladar duro completa.

Fuente: Boyce JO, Reilly S, Skeat J et al. ABM Clinical Protocol 17# Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate-Revised 2019. Epub [Internet]. 2019 aug [citado 20 abr 2020]; 14(7):437–444. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job> (4).

Respecto a las **fisuras labiales y palatinas combinadas**: se nombran de acuerdo a la combinación de los grupos anteriores (4) (imagen 4).

Imagen 4: Fisuras labiopalatinas unilaterales y bilaterales.



A) C) Acompañamiento fisura labial y palatina. B) D) Acompañamiento fisura palatina y fisura labial bilateral.

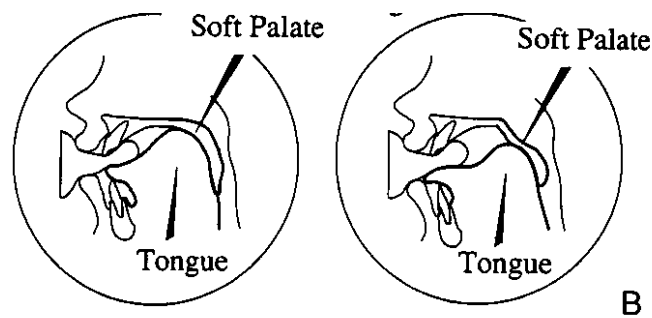
Fuente: Boyce JO, Reilly S, Skeat J et al. ABM Clinical Protocol 17# Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate-Revised 2019. Epub [Internet]. 2019 aug [citado 20 abr 2020]; 14(7):437–444. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job> (4).

2.2 Complicaciones de las fisuras labio/palatinas en la lactancia

Desde el momento de su nacimiento, estos niños al igual que el resto de los lactantes requieren de una serie de requisitos nutricionales cuya mejor forma de obtención es la lactancia materna, siguiendo las recomendaciones de la OMS (19).

En el proceso de la lactancia, para que se produzca una succión nutritiva, se debe de generar presión negativa en el interior de la cavidad oral mientras el pezón es presionado por la lengua de forma rítmica. Esta presión negativa es posible gracias a el aislamiento de la vía aérea superior y el contacto íntimo entre el paladar blando y la lengua, rompiéndose este aislamiento hermético solo con la deglución, permitiendo una respiración nasal continua durante la alimentación (20) (imagen 5).

Imagen 5: Cavidad oral durante el proceso de la lactancia.



Fuente: Kogo M, Okada G, Shikata M et al. Breast feeding for cleft lip and palate patients, using the hots-type plate. Cleft Palate Craniofacial Journal [Internet]. 1997 jul [citado 25 abr 2020]; 34(4): 352-353. Disponible en: https://doi.org/10.1597/1545-1569_1997_034_0350_bffcla_2.3.co_2 (20).

En el caso de lactantes con fisura, las dificultades encontradas en el proceso de alimentación tienen una relación directa con la extensión y localización de la fisura, así como la presión oral generada durante la succión (21).

En el caso de los bebés con **afectación labial aislada**, existe aislamiento entre la cavidad oral y nasal, de tal manera con una correcta educación materna y asegurando el sellado entre los labios y la mama, se consigue en la mayor parte de los casos una lactancia materna eficaz, como indican estudios como el de Michael Alperovich (22).

En el caso de los lactantes con **fisuras palatinas aisladas o combinadas**, todos ellos encontrarán dificultades en la succión, aumentando estas dificultades respectivamente con el tamaño de la fisura que presenten. Solo en el caso de una fisura palatina pequeña, se consigue generar suficiente presión negativa para realizar la lactancia materna con éxito (23).

Estos recién nacidos están expuestos a muchos problemas derivados de esta dificultad en la lactancia (8).

Una deglución inefectiva debido a una fisura palatina, causa regurgitación nasal incrementando el riesgo de desarrollo de infecciones de la vía aérea e infecciones del oído (23).

La dificultad sobreañadida, requiere tiempos más largos de alimentación en los que el lactante acaba fatigado y como consecuencia se interrumpe el correcto vínculo o apego madre hijo (8).

Si persiste la dificultad en el tiempo, genera afectación en el crecimiento y en la ganancia ponderal adecuada, afectando a su vez la capacidad de lenguaje y desarrollo del comportamiento del lactante (8).

Con el objetivo de evitar estos problemas generados, es de vital importancia la presencia de un equipo multidisciplinario desde el momento de su diagnóstico, para dar apoyo y enseñar a las madres como realizar las tomas en función de la fisura que presente su bebé. Pudiendo ambos recibir los beneficios de la lactancia materna y consiguiendo un correcto desarrollo y crecimiento previo a su intervención quirúrgica (24).

3. CAPITULO 2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

El momento de la alimentación es un proceso importante tanto para el bebé como para la madre. La leche materna está catalogada como el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su bebé, siendo su composición rica en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, enzimas y distintos factores bioactivos, es decir, todos los nutrientes que este lactante necesitará durante sus primeros meses de vida (23).

La alimentación con lactancia materna exclusiva, frente a la alimentación con fórmulas artificiales, aporta gran cantidad de beneficios tanto para la salud del recién nacido como para la de la madre (25).

3.1 Para el recién nacido

Durante el proceso de alimentación con leche materna, se produce el paso al lactante de las inmunoglobulinas maternas presentes en la leche. Estas generan una inmunización primaria del bebé, protegiéndole de muchas enfermedades e infecciones. En concreto en el caso de los niños afectados con fisura labial o fisura palatina, esta inmunidad aportada les protege en gran medida contra la otitis media recurrente, la cual les ocurre con facilidad por un acúmulo de líquido en el oído medio (21,22).

Los beneficios de esta protección también se ven observados en la disminución de infecciones del tracto respiratorio y de la muerte súbita del lactante (21).

De forma general la formación de la probiota intestinal, gracias a esta leche materna, también disminuye el riesgo de desarrollar alergias a la leche de vaca y la probabilidad de desarrollar enfermedades de base inmune como la celiaquía, la enfermedad inflamatoria intestinal, la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, así como la obesidad en etapa adulta (12,22).

El uso de la lactancia materna exclusiva (LME) es de gran importancia para el desarrollo de la mandíbula y músculos de la zona orofacial. Es importante tener en cuenta que inclusive aquella succión no nutritiva, estimula los músculos de la boca y lengua del bebé, promoviendo un correcto desarrollo de forma previa a su intervención quirúrgica (26).

Como indica la OMS y la Guía Práctica Clínica de Lactancia Materna (GPCLM), la leche materna se trata de un recurso renovable y natural, considerándose también económico debido a que no solo es accesible a toda la población, sino que al reducir enfermedades genera menos gastos para las familias (19).

3.2 Para la madre

Estos beneficios de la lactancia no solo favorecen al bebé, de tal manera, el equipo multidisciplinar debe informar a las madres de aquellas otras ventajas que, para ellas, proporciona dar el pecho directamente (24).

La lactancia materna con la liberación de oxitocina favorece la involución uterina disminuyendo el riesgo de hemorragia y anemia postparto. Favorece la recuperación del peso, la depresión postparto, disminuye el riesgo de aparición de cáncer de mama y ovario (19,25). Se asocia también con un riesgo menor de diabetes e hipertensión (27). Además mejora el vínculo madre-hijo, aportando tranquilidad y relajación tanto para la madre como para el bebé (23).

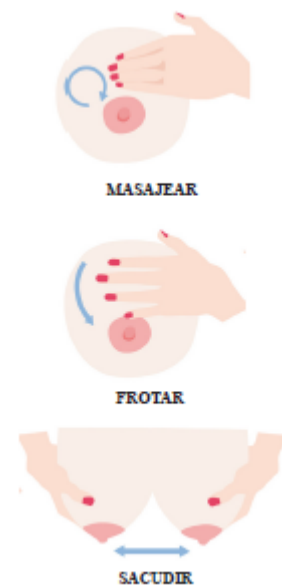
En el caso de aquellas madres que intenten dar el pecho de forma natural sin éxito y quieran disfrutar de los beneficios que aporta la leche materna, se les recomienda optar por la extracción de esta leche y su administración mediante otras técnicas. El personal de enfermería adiestrará a la madre en el manejo de la extracción manual y mecánica así como en el correcto almacenamiento y conservación de la leche materna (25).

De forma previa a este proceso de extracción, se debe de explicar a la madre la necesidad de estimular el reflejo de eyección o bajada de la leche mediante un masaje. Consta de los siguientes pasos (19,23) (imagen 6):

Imagen 6: Procedimiento para favorecer el reflejo de eyección.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).

- Realizar con las yemas de los dedos movimientos circulares sobre un mismo punto en el tórax, tratando de que estos converjan hacia la areola mamaria a medida que se realiza el masaje, evitando deslizarlos sobre la piel (19).
- Acariciar desde la parte superior de la mama hacia el pezón, realizando con las yemas de los dedos pequeñas cosquillas (19).
- Sacudir ligeramente los pechos inclinándose hacia delante (23).



Algunas consideraciones previas a tener en cuenta para cualquier tipo de extracción son el lavado de manos, buscar un lugar tranquilo y masajear la zona (19).

Extracción manual:

Se trata de la técnica de extracción más utilizada, ya que mejora este reflejo de eyección gracias al contacto piel con piel (19).

El personal de enfermería que realice la docencia debe de explicar la siguiente secuencia (19): En un primer lugar se debe realizar un correcto lavado de manos, seguidamente se continua el masaje visto previamente indicado para la bajada de leche, una vez realizado esto, se exprimirá el pecho durante intervalos de 5 a 7 minutos con el siguiente procedimiento (19) (imagen 7).

Imagen 7: Técnica de extracción manual.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).

La madre debe colocar sus dedos pulgar e índice de una mano formando una letra “C” separándolos unos centímetros del pezón. Manteniendo esta posición se realiza un movimiento de empuje hacia las costillas sin separarlos. Como paso final se debe de rotar la posición adoptada por estos dedos para vaciar el resto de las partes de la mama (4,19).

Esta maniobra debe de realizarse con sutileza, evitando realizar una presión excesiva sobre el pecho o pezón y se recomienda una duración de entre 20 y 30 minutos, alternando ambos pechos (23).

Extracción mecánica:

Existen diferentes métodos de extracción mecánica a valorar según las circunstancias personales de la madre (19).

➤ Extractor de leche manual:

Recibe este nombre ya que la madre controla de forma manual la succión realizada (15).

Colocar el embudo sobre el pecho, asegurándonos de que el pezón quede en la parte central. Comenzaremos realizando succiones rápidas y de poca duración, imitando el agarre inicial del recién nacido. Una vez observada la salida de leche, se debe continuar la aspiración, pero de forma más uniforme y mantenida en el tiempo. Se aconseja realizar este proceso con una duración de 5 a 7 minutos en cada seno hasta que se observe que las gotas salgan de forma más lenta, cambiando el pecho y realizándolo unas 3 veces (19).

Es importante tranquilizar a la madre, enseñándole que la capacidad comparable del estómago del recién nacido es del tamaño de una canica, saciándose con unos 5-7 mL de leche en los primeros días (15).

➤ Extractor de leche eléctrico simple:

Una vez realizados los pasos iniciales, el propio extractor eléctrico, realizará movimientos hacia delante y hacia atrás del pezón dentro de un embudo (11).

Gracias a la existencia de niveles de aspiración se indica empezar con los de menor intensidad e ir aumentando la aspiración al observar la salida de la leche. Es de gran importancia no forzar este bombeo ya que el dolor bloquea los mecanismos de liberación de la leche materna (19).

➤ **Extractor de leche eléctrico doble:**

Se aplica el mismo procedimiento que en el extractor simple, pero requiere de menos tiempo para completar la recogida (19).

Al igual que en los anteriores métodos se recomienda durante todo el proceso masajear las mamas, complementando la extracción mecánica con la extracción manual (11,19).

Es importante informar siempre a la madre de que la extracción no debe ser dolorosa. Es crucial escoger un tamaño de embudo o campana adecuado al pezón, y este debe moverse libremente dentro del embudo. Si es un embudo pequeño, puede lesionar el pezón y provocar dolor. Si por el contrario, es grande no hará un buen vaciado del pecho (19).

Conservación de la leche materna:

Dada la falta de experiencia y conocimiento de muchas madres conservando sus leches, los profesionales deben de incidir en los siguientes consejos (19) (ver tabla 3):

- Se podrá hacer uso de cualquier recipiente apto para uso alimenticio (19).
- Toda la leche se debe de rotular con la fecha de extracción antes de su almacenado (19).
- Conservar en pequeñas cantidades, en torno a 60 mL, para usar solo la que se vaya a necesitar (11).
- Las leches de distintas muestras se podrán mezclar, evitando choques de temperatura (19).
- Almacenar la leche a temperatura constante en la parte posterior del frigorífico o congelador (19).

TABLA 3: Tiempo de conservación de la leche materna.

LUGAR	TEMPERATURA	TIEMPO
Temperatura ambiente	19-26 °C	4-8 horas
Bolsa térmica	15 °C	24 horas
Frigorífico	4 °C	3-8 días
Congelador dentro del frigorífico	-15 °C	2 semanas
Congelador con puerta separada del frigorífico	-18 °C	3-6 meses
Arcón congelador	-20 °C	6-12 meses

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).

Una vez conseguidos la recogida y el almacenado de la leche materna, se deberá tener en cuenta a la hora de su administración que no se debe calentar directamente con microondas o al baño maría, ni hervir, sino simplemente calentar con agua tibia, pudiendo dar la toma a temperatura ambiente (11,19).

Por todas estas ventajas mencionadas y por la calidad nutricional del producto, la OMS y los profesionales sanitarios recomiendan la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses y su continuación, junto con comidas complementarias, hasta los 2 años de edad (26).

Sin embargo, numerosos estudios como el de Lisa Smedegaard et al. o el de Gisela Da Silva et al., indican que el porcentaje de niños con fisura palatina o fisura palatina y labial combinada que no recibieron leche materna era superior a la de aquellos niños sin esta patología. Además, su periodo de duración también fue inferior en los casos que optaron por llevarla a cabo (28).

Respecto al crecimiento de estos niños, demostraron que el peso adquirido en los primeros 5 meses de edad podía verse afectado si existía falta de continuidad en la lactancia materna, siendo inferior al del grupo de referencia, los niños sin esta patología (29).

Dentro de las funciones de enfermería está el promocionar y apoyar la lactancia materna en los niños con fisuras labiales y/o palatinas, respetando en todo momento la decisión materna (19).



4. CAPÍTULO 3. ENFERMERÍA Y LA LACTANCIA.

4.1 Manejo de lactancia materna en lactantes con fisura labial y/o palatina

Los niños con fisura labial y/o palatina presentan dificultades a la hora de alimentarse correctamente. Dentro de las dificultades más frecuentes se encuentran: succión ineficaz, inspiración excesiva de aire durante la toma, regurgitación nasal, fatiga y vaciamiento inadecuado de la mama, los cuales originan problemas con la ganancia ponderal.

En la actualidad no existe evidencia científica que indique que estos niños no puedan llevar a cabo la lactancia materna (15). El personal de enfermería deberá de diseñar las tomas según la localización y extensión del tipo de fisura, así como la habilidad del recién nacido para realizar el sellado labial y su coordinación en la succión-deglución, evaluando caso a caso la forma más adecuada de amamantamiento (4).

La producción de leche se ve estimulada por la succión del bebé, cuantas más tomas realice y más veces se vacíe dicha mama, la cantidad de leche producida aumentará. Por ello el equipo de salud debe evaluar la capacidad de succión de cada lactante de forma individual y conseguir una correcta posición y agarre al pecho materno (26).

Los bebés con fisura labial tienen más posibilidades de ser amamantados, ya que en su mayoría conservan la capacidad de succionar. En este grupo la enfermera debe prestar especial atención al sellado labial alrededor de la areola, facilitando la creación de esa presión negativa necesaria (4).

Se recomiendan, de forma general, posiciones que permitan en todo momento orientar la fisura hacia la parte superior de la mama así como un buen control de la cabeza del bebé (23). Dentro de estas posturas destacan las siguientes:



Postura balón de Rugby: El cuerpo del bebé debe colocarse paralelo a la madre, con los hombros más arriba que el resto del cuerpo para favorecer un correcto tránsito digestivo (15). Esto permite cambiar la orientación de la succión así como descansar posibles grietas ocasionadas en la mama (19). Se recomienda el uso de una almohada para recostar el antebrazo y permitir que este descanse. La mano que quede libre podrá realizar un agarre dirigido (19) (imagen 8).

Imagen 8: Postura balón de rugby.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).

Postura de cuna cruzada: El abdomen de la madre y del bebé deben estar juntos, con una mano se estabiliza y orienta la cabeza del lactante y con la otra se orienta la mama para un correcto agarre (15).

Esta posición vertical, permite que la parte fisurada quede orientada hacia la zona superior de la mama, pudiendo la madre observar el correcto sellado del labio con el seno materno (15) (imagen 9).

Imagen 9: Postura de cuna cruzada

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).



Postura del caballito: Está recomendada para los casos de lactantes con fisuras labiales bilaterales. Gracias a esta postura, ambas fisuras pueden ser orientadas hacia la parte superior del seno materno (19).

La clave del éxito de esta postura radica en un correcto sellado de las fisuras por parte de la madre, usando su mano libre en forma de “C” para dirigir la mama y cubrir correctamente la zona afectada (23) (imagen 10).

Imagen 10: Postura de caballito

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p (19).

Para facilitar el proceso de la lactancia y gracias a los consejos del profesional de enfermería la madre puede (23):

- Crear una barrera con su propio dedo pulgar, ocluyendo la fisura durante la toma y evitando la entrada de aire (23).
- Estabilizar la cabeza del lactante de forma alineada con el cuerpo, manteniéndola firme a modo de cuchara situando los dedos detrás de ambas orejas (15, 23).
- Sostener la mama durante las tomas dirigiéndola correctamente hacia la boca del lactante (23).
- Reducir el ancho de la hendidura sosteniendo sus mejillas y creando un sellado contra el pecho (23).
- Hacer uso de una pezonera para conseguir un mejor sellado (23).

La alimentación de los niños con fisura palatina o fisura labial y palatina combinada requiere de un conocimiento más exhaustivo de la extensión y la localización de la fisura (24).

Aquellos niños con una fisura muy pequeña podrán generar suficiente succión mientras que en aquellas formas más extensas esta alimentación sería imposible sin la ayuda necesaria (30). En estos niños es fundamental la posición del pezón y areola dentro de su boca, de tal manera se debe dirigir el mismo hacia la parte más íntegra del paladar para facilitar su compresión (24). Para mantener dicha posición, se debe sostener correctamente el mentón del bebé, estabilizando su mandíbula evitando que el pezón entre dentro de la fisura (24).

En el caso de los niños con fisuras palatinas bilaterales, las madres deben proyectar el pezón hacia la región inferior de la cavidad oral, evitando la entrada de leche en la cavidad nasal y las trompas de Eustaquio. Para asegurar el vaciamiento de la mama y con ello una adecuada producción de leche, la madre deberá utilizar el extractor tras todas las tomas y con ello suplementar al bebé (30).

4.2 Formas de suplementación

En aquellos casos en los que no fuera posible garantizar una lactancia materna eficaz, se recomienda hacer uso de un sacaleches y administrar la leche materna extraída utilizando aquel método que mejor se adapte a las necesidades del bebé y de la madre, teniendo en cuenta (9):

- La cantidad de volumen a administrar
- Habilidad y preferencia materna
- Facilidad de uso y de limpieza
- Tipo de fisura

Estos son los tipos más comunes de suplementación:

- **JERINGA más FINGER:** El finger es una cánula flexible de silicona suave que se adapta a las jeringas de alimentación. El bebé succiona del dedo mientras se administra el calostro extraído con la jeringa. Este método permite al bebé mantener y desarrollar el reflejo de succión y utilizar los músculos bucales (19).

- **JERINGA más Sonda:** Se trata del mismo sistema que el anteriormente descrito, sustituyendo el finger por la sonda. Ofrece los mismos beneficios (19).

- **VASITOS:** Se deberá colocar la lengua hacia delante. Se trata de una técnica sencilla, de fácil cuidado y limpieza, sin embargo no se recomienda su uso durante periodos prolongados puesto que puede obstaculizar el desarrollo de los músculos faciales (19).

- **BIBERONES:** Hay muchas clases, sin embargo, se recomienda el uso de los biberones flexibles, ya que permiten un mayor control del volumen de leche (9):



Biberón Mead Johnson Cleft Nurse: Se trata de un biberón muy útil gracias a su flexibilidad; esta permite a la madre presionar y soltar para ayudar al flujo en la boca del bebé, si bien, requiere de práctica por parte de los padres para identificar el ritmo de alimentación del bebé (31) (imagen 11).

No es necesario quitar la tetina de la boca del bebé mientras está descansando (32).

Imagen 11: Biberón Mead Johnson Cleft Nurse

Fuente: Cleft Palate Foundation: Alimentando a su Bebé. 4ª ed. Carolina del Norte: Ayuda y Esperanza están en línea; 2009. 21 p (31).

Biberón Haberman Feeder: Está especialmente diseñado para niños con trastornos neurológicos y niños con fisuras labiales y/o palatinas (31). Según estudios como el de Michael Alperovich et al., se trata del biberón más utilizado con un uso cercano al 75% (22).

Las piezas de las que se compone traen la ventaja de ser acoplables a cualquier biberón convencional. En su interior incluye una válvula que se puede adaptar a 3 flujos distintos según las necesidades del bebé (22). La separación de la tetina y el bote impide el retorno de la leche, permaneciendo ahí en espera de la succión del bebé (22).

Al ser flexible, si el lactante necesitase una ayuda extra este dispositivo permite presionar y soltar el reservorio de la tetina al unísono de la succión del bebé (31) (imagen 12).



Imagen 12: Biberón Haberman Feeder

Fuente: Cleft Palate Foundation: Alimentando a su Bebé. 4ª ed. Carolina del Norte: Ayuda y Esperanza están en línea; 2009. 21 p (31).



Biberón Cuchara Softcup: Se trata de un biberón diseñado para la alimentación a corto plazo de bebés prematuros, por lo que permite adaptarse a las bocas de menor tamaño (15) (imagen 13).

En su extremo distal presenta una boquilla pequeña la cual se debe apoyar sobre el labio inferior del bebé (31). Su diseño en cuchara evita el derrame de leche desde la comisura labial y presiona el paladar evitando su acceso a las vías respiratorias (31).

Imagen 13: Biberón Cuchara Softcup

Fuente: Cleft Palate Foundation: Alimentando a su Bebé. 4ª ed. Carolina del Norte: Ayuda y Esperanza están en línea; 2009. 21 p (31).

Además de estos biberones, en los casos de labio leporino y fisura palatina también se hace uso de tetinas especiales, difiriendo las mismas en tamaños y diseños (19). Las más destacadas son:

Tetina Pigeon: Está compuesta por 3 piezas, una válvula unidireccional, una tetina sin látex y un collarín o aro (31). Gracias a la válvula de su interior, se consigue evitar el retorno y permitir que se mantenga la leche dentro de la misma. El collarín permite su acople a cualquier tipo de biberones (31) (imagen 14).

Se trata de una tetina no flexible, por lo que el bebé realizará la toma sin ayuda (9). La tetina se compone de una cara rígida, la cual deberá ir orientada hacia el paladar, y una cara blanda, la cual será presionada con los movimientos de la lengua durante la succión. Es importante que se supervise la toma por un especialista para controlar que el bebé tolere el flujo (31).



Imagen 14: Tetina Pigeon

Fuente: Cleft Palate Foundation: Alimentando a su Bebé. 4ª ed. Carolina del Norte: Ayuda y Esperanza están en línea; 2009. 21 p (31).

Tetinas NUK fisura palatina y tetinas LATEX labio leporino: Se trata de tetinas especiales para aquellos niños con fisuras palatinas. La forma de su estructura tiene como objetivo adaptarse al espacio de cada fisura, creando una barrera o sello sobre la misma, evitando por lo tanto que la leche interfiera con la cavidad nasal y permitiendo promover los hábitos de succión y alimentación (11).

Para conseguir que el bebé ingiera la cantidad correcta de leche en el horario correspondiente y evitar que trague demasiado aire, se recomienda a las madres seguir unas pautas sencillas (23):

- Colocar al bebé en posición semi incorporada al igual que en la fisura labial (31).
- Vigilar el patrón de succión-deglución, escuchando el sonido de la leche al tragar después de una exhalación (31).
- Mantener el biberón con cierta inclinación para que la tetina siempre se encuentre llena de leche, orientándola hacia fuera de la fisura (31).
- El escape de leche por la nariz es común y no significa que el bebé se esté atragantando, si esto sucede se debe de hacer una pausa y poner al lactante en posición vertical, esperando a que se destape o limpie por sí misma (23).
- Hacer paradas de descanso con mayor frecuencia para permitirles eructar el aire introducido al estómago (23).

- Aplicar compresas calientes y realizar masajes para relajar los senos y estimular el suministro de leche. Si fuese necesario para sustituir o ayudar la succión del lactante, las madres podrían ordeñar los senos de forma manual (23).

La duración de las tomas no deberá exceder los 30 minutos con el objetivo de que el bebé no se fatigue. La enfermera que siga el proceso deberá comprobar como el peso de este recién nacido vuelve al del nacimiento a las dos semanas de edad (23,31).

4.3 Dispositivos modeladores

En las etapas previas a la cirugía con el objetivo de conseguir un acercamiento de los bordes de la fisura palatina, se está implantando en ciertas ocasiones el uso de prótesis ortopédicas conocidas como modeladores nasopalatales (4,32).

Diversos autores coinciden en que un uso temprano de dichos moldes ortopédicos facilita el cierre de las fisuras en la zona alveolar y del paladar como resultado de la presión negativa ejercida durante la succión, mejorando la separación entre la cavidad nasal y la cavidad oral (33).

Además, estudios como el de Naveen BH et al. atañen a su uso numerosos beneficios: gracias a su superficie rígida el bebé puede presionar el pezón mejorando su alimentación, disminuye el tiempo requerido para realizar una toma completa, se reduce el riesgo de aspiración e infecciones de las vías aéreas, mejora el crecimiento espontáneo de las estructuras del paladar y evita en cierto modo la frustración de los padres al no conseguir alimentar a su hijo (20,34).

Si bien se debe de tener cierta precaución a la hora de recomendar a los padres utilizar dicho dispositivo ya que no existe consenso profesional en relación con su uso. De tal manera frente a los beneficios comentados con anterioridad de reparación tisular y mejora de la alimentación encontramos autores que destacan su incomodidad para el bebé y su necesidad de mantener una constante higiene y esterilización (4,33).

Esta falta de consenso también se mantiene en sus materiales de fabricación, ya que existe controversia respecto al uso de alginatos y polivinilos por su facilidad de impresión, precio económico y ajuste rápido a la lesión, frente a materiales de EVA los cuales son menos rígidos, pero más suaves y cómodos para el bebé (4,32).

También se debe de tener en cuenta que a medida que se produce el desarrollo del bebé este deberá de ser acorde al mismo y por tanto sobre los 2 o 3 meses de edad se reemplaza para adecuarse a la estructura ósea del lactante (2,34).

Por todos estos motivos, su uso es de carácter puntual y en un gran número de ocasiones como parte de estudios clínico, por lo que debemos conocer su existencia aunque su uso no esté aún extendido (4).

5. REFLEXIONES FINALES

Esta revisión bibliográfica, tiene como objetivo probar la importancia de la enfermería en el manejo de la lactancia en niños con fisura labial y/o palatina.

Como se ha podido demostrar, aunque exista una gran variedad de tipos de fisuras y extensión de las mismas, estos niños comparten múltiples factores comunes que repercuten de forma negativa en su alimentación, dificultando por tanto el éxito de esta, destacando la falta de presión negativa oral para la succión.

Queda comprobado como la lactancia materna continúa siendo la mejor opción de alimentación para todos los recién nacidos, aportando numerosos beneficios, disminuyendo las infecciones respiratorias, estimulando la fusión de las crestas palatinas y favoreciendo su correcto desarrollo previo a la intervención quirúrgica de nuestro grupo de estudio, además de mejorar el vínculo materno y disminuir la ansiedad por la dificultad encontrada en el proceso de alimentación.

El personal de enfermería constituye un pilar fundamental en el apoyo de estas madres y padres, enseñando a muchos de ellos los beneficios esperados de la lactancia materna o las estrategias adecuadas para alimentar a su bebé, evitando que en muchas ocasiones abandonen por miedo de no realizarlo bien.

La evidencia científica disponible indica que se puede llevar con éxito la lactancia materna en todos estos recién nacidos. En el caso de aquellas madres que decidan no amamantar a sus bebés, los profesionales sanitarios deben mostrar las diferentes opciones para dar leche materna, ya sea de forma directa o mediante el uso de sacaleches, identificando de forma individual aquellos dispositivos especiales que mejor se adapten a las necesidades del bebé.

El método de suplementación más recomendado por las diferentes fuentes consultadas es el biberón flexible Haberman y la postura a adoptar, mantener al bebé en posición vertical.

Dentro de las novedades actuales para favorecer la alimentación con lactancia materna se encuentran los dispositivos moduladores. Estos actúan como moldes naso alveolares, sirviendo de barrera entre la cavidad oral y nasal y favoreciendo el crecimiento de las crestas del paladar, sin embargo, continúan siendo objetivo de estudio, existiendo gran controversia en su utilidad.

Pese a la gran importancia de este apoyo profesional, durante la realización del estudio se ha podido observar cómo el problema más común para estos profesionales sanitarios es la falta de información de calidad científica en la que basar sus decisiones. De tal manera, pese a que la incidencia de la fisura labial y/o fisura palatina no sea muy frecuente, con 7,94 por cada 10.000 nacimientos vivos, considero que sería de gran utilidad e interés la realización de nuevos estudios que incluyan índice de éxito y nuevas líneas de investigación para servir de base científica en el apoyo a estos niños y sus familias por parte de profesionales sanitarios en sus etapas iniciales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wijekoon P, Herath T, Mahendran R. Heliyon Awareness of feeding , growth and development among mothers of infants with cleft lip and / or palate. Heliyon [Internet]. 2019;5(November):e02900. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02900>
2. Mart M, Rosales-Ibañez R, Rojo L. Biomaterials for Cleft Lip and Palate Regeneration. MDPI [Internet]. 2019 may [citado 20 abr 2020]; 20(9):2176. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms20092176>
3. Sharif F, Mahmood F, Azhar MJ et al. Incidence and management of cleft lip and palate in Pakistan. JPMA [Internet]. 2019 may [citado 20 abr 2020]; 69(5):632-639. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31105281>
4. Boyce JO, Reilly S, Skeat J et al. ABM Clinical Protocol 17# Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate-Revised 2019.Epub [Internet]. 2019 aug [citado 20 abr 2020]; 14(7):437–444. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job>
5. Morelia C, Olalde M, Mena-Olalde J et al. Epidemiología descriptiva de hendiduras labiopalatinas en la Clínica de Labio y Paladar Hendididos de Morelia, Michoacán, México (1989-2012) y su comparación con algunas poblaciones internacionales. Cir.plást.iberolatinoam [Internet]. 2017 mar [citado 20 abr 2020]; 43(1):41-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922017000100006>
6. Iglesias-Linares A, Gómez-Mendo I, Torres-Lagares D et al. A descriptive epidemiologic study of cleft lip and palate in Spain. OOOO [Internet]. 2012 nov [citado 20 abr 2020]; 144(5):51-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2011.07.046>
7. González MC, Casas-Noriega M, Fernández-Torres K et al. Caracterización de usuarios con isura labiopalatina atendidos por operación sonrisa en cartagena. Areté [Internet]. 2014 nov [citado 20 abr 2020]; 14(1):120–126. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/725>
8. Goswami M, Jangra B, Bhushan U. Management of feeding Problem in a Patient with Cleft Lip / Palate. IJCPD [Internet]. 2016 jun [citado 20 abr 2020]; 9(2):143-145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921884/>
9. Siddayya-Hiremath V, Budunur-Lingegowda A, Kumari N et al. A Innovative Technique - Modified Feeding Bottle for a Cleft Palate Infant. KLE VK institute of Dental Sciences [Internet]. 2016 abr [citado 20 abr 2020]; 10(4): 3-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2016/15840.7526>
10. Toledo.Neto J, Vidotte-Costa T, Bette-Freitas T et al. Knowledge of graduated nursing students on breast feeding newborns with cleft lip and palate. Rene [Internet]. 2015 abr [citado 20 abr 2020]; 16(1):21–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100004>
11. Gonzalez-Landa G, Prado-Fernández M. Guía de las fisuras labiopalatinas Una patología crónica. Aspanif [Internet] 2011 nov [citado 20 abr 2020]. 70 p. Disponible en: <https://www.aspanif.es/files/baleares.pdf>

12. Tovani-Palone MR. Fissuras labiopalatinas, ganho de peso e cirurgias: leite materno versus fórmulas lácteas. *Fac.Med* [Internet] 2015 abr [citado 25 abr 2020]; 63(4):695–698. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49226>
13. Zubilaga-Rodríguez I, Romance-García A, Medina-Ramos B et al. Labio leporino. Tratamiento primario. *SECOM* [Internet] 2018 jun [citado 25 abr 2020]; 53(1): 731–748. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1635-2505\(16\)77703-6](https://doi.org/10.1016/S1635-2505(16)77703-6)
14. Hanny KH, Kon M, Penris W et al. Late detection of cleft palate. *Eur J Pediatr* [Internet] 2016 abr [citado 25 abr 2020]; 175(1):71–80. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1007/s00431-015-2590-9>
15. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades et al. Guía Clínica AUGÉ Fisura Labiopalatina. 3ª ed. Chile; 2015. 97 p.
16. Albeche G, Bossardi R, Cristina M, Freitas DA. Feeding methods for children with cleft lip and / or palate : a systematic review &. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2020;82(5):602–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.020>
17. Ysunza PA, Pamplona MC, Repetto G. Cleft Palate, Interdisciplinary Diagnosis, and Treatment. *BioMed Research International* [Internet]. 2015 jun [citado 25 abr 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2015/701850>.
18. Matsunaka E, Ueki S, Makimoto K. Impact of breastfeeding and / or bottle-feeding on surgical wound dehiscence after cleft lip repair in infants: A systematic review. *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2020 [citado 25 abr 2020]; 47(4): 570–577. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2019.01.019>
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 1ª ed. Victoria-Gasteiz; 2017. 288p.
20. Kogo M, Okada G, Shikata M et al. Breast feeding for cleft lip and palate patients, using the hots-type plate. *Cleft Palate Craniofacial Journal* [Internet]. 1997 jul [citado 25 abr 2020]; 34(4): 352-353. Disponible en: https://doi.org/10.1597/1545-1569_1997_034_0350_bffcla_2.3.co_2
21. Madhoun LL, Crerand CE, Keim S et al. Breast Milk Feeding Practices and Barriers and Supports Experienced by Mother – Infant Dyads With Cleft Lip and / or Palate. *American Cleft Palate-Craniofacial Association* [Internet]. 2019 oct [citado 27 abr 2020]; 57(4): 477-486. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1055665619878972>
22. Alperovich M, Frey JD, Raj M et al. Breast Milk Feeding Rates in Patients With Cleft Lip and Palate at a North American Craniofacial Center. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* [Internet]. 2017 may [citado 27 abr 2020]; 54(3): 334–337. Disponible en: <https://doi.org/10.1597/15-241>
23. Burca NDL, Gephart SM, Miller C et al. A Nurse’s Guide to Promoting Breast Milk Nutrition in Infants With Cleft Lip and / or Palate. *Advances in Neonatal Care* [Internet]. 2016 oct [citado 27 abr 2020]; 16(5): 345-346. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000308>
24. Janini JP, Santos RS, Oliveira HM. The transition of breastfeeding children with cleft palate and lip among women. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2019 nov [citado 27 abr 2020]; 23(1): 1–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0152>.

25. Kaye A, Cattaneo C, Huff HM et al. A Pilot Study of Mothers' Breastfeeding Experiences in Infants With Cleft Lip and / or Palate. *Advances in Neonatal Care* [Internet]. 2019 abr [citado 29 abr 2020]; 19(2): 127–137. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30325751>
26. Loras-Duclaux I. Allaitement des enfants porteurs d'une fente labio-palatine. *Arch pédiatrie* [Internet]. 2018 jun [citado 29 abr 2020]; 17(6): 783–784. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70109-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70109-3)
27. Rameez RM, Sadana D, Kaur S et al. Association of Maternal Lactation With Diabetes and Hypertension A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open* [Internet]. 2019 oct [citado 29 abr 2020]; 2(10): 1–11. Disponible en: <http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2019.13401>
28. Smedegaard L, Marxen D, Moes J et al. Breast-Milk Feeding, and Growth in Infants With Cleft Palate and Cleft Lip and Palate Born in Denmark. *The Cleft palate-craniofacial journal* [Internet]. 2008 nov [citado 29 abr 2020]; 45(6): 628-632. Disponible en: <https://doi.org/10.1597/07-007.1>
29. Costa B, Gomide MR, Teixeira das Neves LT et al. Breast-Feeding and Sugar Intake in Babies With Cleft Lip and Palate. *The Cleft palate-craniofacial journal* [Internet]. 2003 jan [citado 29 abr 2020]; 40(1): 84-87. Disponible en: https://doi.org/10.1597/1545-1569_2003_040_0084_bfasii_2.0.co_2
30. Bemah A, Millicent V, Apiribu F et al. Having a child with orofacial cleft: Initial reaction and psychosocial experiences of Ghanaian mothers. *International Journal of Africa Nursing Sciences* [Internet]. 2018 may [citado 29 abr 2020]; 8(1): 132–140. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.05.003>
31. Cleft Palate Foundation: Alimentando a su Bebé. 4ª ed. Carolina del Norte: Ayuda y Esperanza están en línea; 2009. 21 p.
32. Hasanpour M, Ghazavi Z, Keshavarz S et al. Feeding Behavioral Assessment in Children with Cleft Lip and / or Palate and Parental Responses to Behavior Problems. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2017 mar [citado 29 abr 2020]; 22(2): 135-139. Disponible en: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2017/22/2/135/205965>
33. Jacobsen C, Humenczuk M, Moore D et al. The Effects of Lactation Education and a Prosthetic Obturator Appliance on Feeding Efficiency in Infants With Cleft Lip and Palate. *The Cleft palate-craniofacial journal* [Internet]. 2001 sep [citado 29 abr 2020]; 38(5): 519-524. Disponible en: https://doi.org/10.1597/1545-1569_2001_038_0519_teolea_2.0.co_2
34. Kashinath KR, Kumar S, Laishram N et al. An innovative modified feeding appliance for an infant with cleft lip and cleft palate: A case report. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2019 abr [citado 29 abr 2020]; 8(6): 2134–2136. Disponible en: <http://www.jfmprc.com/text.asp?2019/8/6/2134/261422>